



殘障情況報告
DISABILITY REPORT
對殘障症狀之醫學確定
DSHS 14-144A

殘障情況報告表格DSHS 14-144A用於收集關於當事人的殘障資料、醫療證據和工作歷史記錄，供殘障症狀評鑑處(DDDS)對殘障症狀進行醫學確定。

由社會工作人員開始填寫DSHS 14-144A表格。社會工作人員應該確保表格中有寫明僱員的姓名、社區服務處(CSO)和電話號碼。請勾選相應的方框，以此表示提出殘障症狀評鑑請求是為申請非資助性醫療補助(NGMA)或殘障僱員保健(HWD)。把填妥的表格放入殘障症狀評鑑文件包內。

1. 由社會工作人員填寫標題，說明當事人的姓名、社會安全號碼(SSN)和殘障症狀。
2. 社會工作人員可以協助當事人填寫第1部份 - 關於您的症狀資訊。日期不必具體到哪一天，但應反映出年份和月份。
3. 社會工作人員可以協助當事人填寫第2部份 - 關於您的醫療記錄資訊。應儘量提供關於醫生和治療機構的完整資訊，這非常重要。
4. 社會工作人員可以協助當事人填寫第3部份 - 關於您的活動資訊。社會工作人員應審閱這一資訊，以確保對當事人的局限性作出清楚的確定。
5. 社會工作人員可以協助當事人填寫第4部份 - 關於您的教育資訊。如果所學的課程屬於特殊教育課程，應註明。
6. 社會工作人員可以協助當事人填寫第5部份 - 關於您的工作資訊。祇需說明企業類型，而不要列出具體的僱主。
7. 社會工作人員可以協助當事人填寫第6部份的第1項 - 評論。第2至第6項由社會工作人員填寫。

殘障情況報告

對殘障症狀之醫學確定

提出請求以獲得：

非資助性醫療補助 (NGMA)

殘障僱員保健 (HWD)

本表格由社會工作人員在與索償人或其代表面談時填寫。請工整、清楚地填寫、列印或使用打字機填寫，並儘您所能回答所有各項問題。
請回答所有的問題。**完整的回答有助於索償申請之辦理。**如果您需要更多填寫空間來回答本表格的任何問題，請見第6部份或另附紙頁填寫。

1. 索償人姓名	2. 社會安全號碼	3. 電話號碼（請包括區域號碼）
----------	-----------	------------------

4. 您有何殘障症狀？請簡要說明使您停止工作的傷情或疾病情況。

第一部份 關於您的症狀資訊

1. 您的病症首次煩擾您是何日期？ 月 日 年

是 否

2A. 在上面第1項顯示的日期之後您是否曾工作？如果您回答「否」，請跳到下面的3A及3B。

2B. 如果您對2A項回答「是」，那麼您的病症是否導致以下變化：

您的工作或工作職責？

您的工作小時數？

您的出勤率？

在工作的其他方面？

2C. 如果您對2B中任何一項回答「是」，請說明您的工作環境發生了哪些改變，發生改變的日期以及您的病症如何使這些改變成為必要改變：

3A. 您的病症最終於何時導致您停止工作？ 月 日 年

3B. 請說明您的病症現在如何導致您不能工作：

第二部份 關於您的醫療記錄資訊

1. 下列資訊涉及保存有您的殘障病症最新醫療記錄的醫生，請填寫：

如果索償人沒有醫生，
請勾選此方框。

醫生姓名	3. 電話號碼（請包括區域號碼）	您每隔多久到這位醫生那裡去看一次病？
------	------------------	--------------------

地址

您初次到這位醫生那裡去看病的日期

接受檢查或治療的疾病或傷症	您 <u>上一次</u> 到這位醫生那裡去看病的日期
---------------	----------------------------

如果您知道的話，請說明治療的類別或藥品的種類（例如，手術治療、化學療法、放射療法）和用於治療疾病或傷症而服用的藥品。如果沒有接受治療或藥品，請填寫「無」。

2. 自從您開始患有殘障病症以來，您是否到過其他醫生那裡去看病？ 是 否 **如果是這樣，請回答下列問題。**

醫生姓名	3. 電話號碼（請包括區域號碼）	您每隔多久到這位醫生那裡去看一次病？
------	------------------	--------------------

地址

您初次到這位醫生那裡去看病的日期

接受檢查或治療的疾病或傷症	您 <u>上一次</u> 到這位醫生那裡去看病的日期
---------------	----------------------------

如果您知道的話，請說明治療的類別或藥品的種類（例如，手術治療、化學療法、放射療法）和用於治療疾病或傷症而服用的藥品。如果沒有接受治療或藥品，請填寫「無」。

如果自從您的疾病或傷症開始，您還到過其他醫生那裡去看病，請另附紙頁填寫上述資訊。

第二部份 關於您的醫療記錄資訊（續）

3. 您是否曾因殘障症狀住院或在診所接受治療？ 是 否 **如果是這樣，請回答下列問題。**

醫院或診所名稱		地址
患者或診所電話號碼		
您當時是否是住院病人（住院時間至少一個夜晚）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是這樣，請回答下列問題。		您當時是否是門診病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是這樣，您去就診的日期是哪一天？
患者或診所電話號碼	患者或診所電話號碼	

接受檢查或治療的疾病或傷症

如果您知道的話，請說明治療的類別或藥品的種類（例如，手術治療、化學療法、放射療法）和用於治療疾病或傷症而服用的藥品。如果沒有接受治療或藥品，請填寫「無」。

4. 如果您由於疾病或傷症還在其他醫院或診所接受過治療，請回答下列問題：

醫院或診所名稱		地址
患者或診所電話號碼		
您當時是否是住院病人（住院時間至少一個夜晚）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是這樣，請回答下列問題。		您當時是否是門診病人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是這樣，您去就診的日期是哪一天？
患者或診所電話號碼	患者或診所電話號碼	

接受檢查或治療的疾病或傷症

如果您知道的話，請說明治療的類別或藥品的種類（例如，手術治療、化學療法、放射療法）和用於治療疾病或傷症而服用的藥品。如果沒有接受治療或藥品，請填寫「無」。

您如果由於疾病或傷症還在其他醫院或診所接受過治療，請在第6部份列出醫院或診所名稱、地址、患者或診所電話號碼、日期和就診原因，或另附紙頁填寫。

5. 您去年是否曾接受過下列任何化驗檢查？如果您回答「是」，請勾選下面相應的方框，並說明接受化驗檢查的地點和時間。

化驗檢查	是	否	在何處接受化驗檢查	在何時接受化驗檢查
心電圖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸部X光透視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他X光透視（請說明種類）：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
呼吸檢查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
驗血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其他（請具體說明）：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. 如果您有醫療輔助卡，您的卡碼是甚麼： _____

第三部份 關於您的活動資訊

1. 您的醫生是否告訴過您以任何方式減少或限制您的活動？ 是 否
如果是這樣，請在下面寫出醫生姓名以及醫生如何告訴您減少或限制您的活動。

第三部份 關於您的活動資訊（續）

2. 請在下面的空白處描述您的日常活動，並說明每一活動是甚麼，您對每一活動的參與程度，以及您每隔多久從事一次此項活動。
- 持家（包括烹飪、清掃、購物及住宅周圍的零碎工作）
 - 康樂活動和業餘愛好（狩獵、釣魚、保齡球、徒步旅行、樂器等等）
 - 社會交往及聯絡（訪友，探親，訪鄰）
 - 其他（駕駛愛好、摩托車、乘公車等等）

第四部份 關於您的教育資訊

1. 您完成的最高學歷是甚麼？ _____ 何年完成？ _____
2. 您是否就讀過貿易或職業學校者接受過任何類型的特殊培訓？ 是 否 **如果是這樣，請回答下列問題。**

您就讀的貿易或職業學校或者接受培訓的類型	您就讀貿易或職業學校或者接受培訓的大致日期
----------------------	-----------------------

您如何在所從事過的工作中使用這些教育或培訓

第5部份 關於您所從事的工作資訊

1. 列出過去15年內您在停止工作以前從事的所有工作，請從您的正常工作開始，即您從事過的工作中時間最長者。如果您的文化程度為6年級或低於6年級，並且祇從事過非技術類的重體力勞動，時間達35年或以上，則請列出您開始參加工作以來從事過的所有工作。如果您需要更多填寫空間，可以另附紙頁填寫或使用第6部份的填寫空間。

工作職稱	企業類型	自	至	每週工作天數	工資（每小時、每天、每週、每月或每年）

- 2A. 在上述正常工作中，您是否：

使用機器、工具或任何種類的設備？ 是 否
使用技術知識或技能？ 是 否
履行過書寫、撰寫報告或類似的職責？ 是 否
負有監督管理責任？ 是 否

- 2B. 對於所有肯定的回答，請詳細說明：您使用的機器、工具或設備的類型，以及您的具體操作；索涉及的技術知識或技能；您書寫的文件類型及報告的性質；以及您管理的僱員人數及您的管理範圍。

第5部份 關於您所從事的工作資訊（續）

2C. 請勾選下列最佳答案，說明在典型的工作日內，您的正常工作所涉及的身體活動量和類型。

您每天用幾個小時從事以下活動：行走？ 0 1 2 3 4 5 6 7 8

站立？ 0 1 2 3 4 5 6 7 8

坐？ 0 1 2 3 4 5 6 7 8

您每天從事以下活動的頻率如何：彎腰？ 從未做過 偶爾 經常 連續不斷

伸臂？ 從未做過 偶爾 經常 連續不斷

搬運：請說明搬起何物以及運送多遠。

搬運：請說明搬起何物以及運送多遠。 10磅 20磅 50磅 100磅 超過100磅

您搬起的物品最大重量是多少？ 最多 10 lbs. 最多 25磅 最多 50磅 超過50磅

第6部份 評論

1. 請使用本部份的額外填寫空間來回答上面的任何問題。也可使用這一填寫空間來提供您認為將有助於就您的殘障索償作出決定之額外資訊（例如關於先前未列出的其他疾病或傷症的資訊）。

由社會工作人員填寫

2. 索償人是否講英語？如果不講英語，請問索償人講何種語言？..... 是 否

3. 索償人在辦理其索償申請時是否需要協助？.....

如果需要協助，請寫明願意給予協助者的姓名、與索償人的關係及其電話號碼。

4. 由於語言、講話或聽力方面的困難，是否能以電話方式方便地與索償人
(或索償人的代表)聯絡，而無交際困難？.....

5. 在與索償人面談時觀察到索償人在下列哪些方面有困難，如有請勾選。

<input type="checkbox"/> 閱讀	<input type="checkbox"/> 書寫	<input type="checkbox"/> 回答問題	<input type="checkbox"/> 聽力
<input type="checkbox"/> 坐	<input type="checkbox"/> 理解	<input type="checkbox"/> 使用雙手	<input type="checkbox"/> 呼吸
<input type="checkbox"/> 視物	<input type="checkbox"/> 行走	<input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）：	

如果勾選了上述任何一項，請說明確切的困難程度：

6. 對索償人作充分說明（例如體格、身高、體重、行為，以及對上列困難方面的任何添加或補充）：

社會工作人員的簽名	日期	社會工作人員的姓名（請工整填寫）
社會工作人員的電話號碼（請包括區域號碼）		社區服務處